

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 juin 1900, à 1 heure

PAR

Joseph REGNAULT

DU TRAITEMENT

DES ULCÈRES DE JAMBES

Par la Compression et l'Appareil silicaté

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. {
DELENS, Professeur.
TUFFIER, Agrégé.
LEGUEU, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 juin 1900, à 1 heure

PAR

Joseph REGNAULT

DU TRAITEMENT

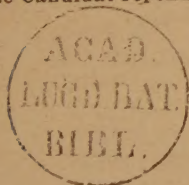
DES ULCÈRES DE JAMBES

Par la Compression et l'Appareil silicaté

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. { DELENS, Professeur.
TUFFIER, Agrégé.
LEGUEU, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	{ LANNELONGUE.
Histologie.....	{ CORNIL.
Opérations et appareils.....	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	{ BERGER.
Thérapeutique.....	{ POUCHET.
Hygiène.....	{ LANDOUZY.
Médecine légale.....	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ BRISSAUD.
	{ CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	{ TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	{ PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRL.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Commandeur de l'ordre de la Légion d'honneur
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien à l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Les progrès si remarquables qui ont, depuis les travaux de Pasteur et les applications qu'en a faites Lister à la pratique, transformé l'histoire de la chirurgie opératoire en donnant à cette branche de l'art médical la sécurité qui lui faisait autrefois défaut, ont aussi fait sentir leur bienfaisante influence dans le traitement de ces affections si communes, que l'on voit tous les jours, et dont le soin constitue le domaine des praticiens qui, sans aspirer au titre d'opérateurs brillants, se contentent de rendre dans le silence des services très réels quoique moins éclatants, à ceux qui leur donnent leur confiance.

Le traitement des plaies, des brûlures, des ulcères, des abcès froids ou chauds, des inflammations vulgaires : panaris, clous, anthrax, etc... a été, depuis la connaissance des microbes, profondément modifié, et si l'on compare les résultats des traitements appliqués aujourd'hui à ces différentes affections à ceux que nos prédécesseurs d'il y a trente-cinq ans mettaient en

usage, on peut dire que les nouveaux moyens ont réalisé sur les anciens un progrès extrêmement notable et tout au bénéfice des malades.

Parmi ces affections vulgaires que le médecin rencontre quotidiennement sur son chemin, quel que soit le milieu où il exerce, mais surtout si ses malades appartiennent à la classe ouvrière, il en est une extrêmement commune, la plus commune de toutes probablement, très cruelle, quelquefois grave et qui fait véritablement le désespoir des malheureux qui en sont atteints, tant à cause de la difficulté d'obtenir la guérison, qu'à cause de la désolante facilité avec laquelle elle récidive; cette affection, c'est l'ulcère des membres inférieurs.

Après avoir été le témoin attristé des souffrances qu'il occasionne, de l'incapacité de travail qui l'accompagne, nous avons vu avec joie qu'à côté des anciens modes de pansement, efficaces, mais pleins d'inconvénients, notre âge en a vu surgir de meilleurs, plus rapides, qui diminuent beaucoup les fâcheuses conséquences économiques de ce mal; et comme, parmi ces moyens, celui qui nous a semblé le meilleur de tous, paraît encore sinon inconnu, du moins peu employé, nous nous sommes décidé à lui consacrer cette petite étude qui n'a nullement la prétention de présenter une découverte brillante et qui remplira largement le but que s'est proposé son auteur, si elle peut être quelque peu utile.

Nous ne nous attarderons point dans la description

complète de l'ulcère faite partout, et qui serait parfaitement inutile, mais après un court chapitre où nous exposerons ce qu'il faut d'étiologie et d'anatomie pathologique pour bien faire voir la raison de la ténacité particulière de cette affection, nous arriverons à l'examen des principaux traitements qui ont été préconisés, en restant en dehors des opérations sanglantes, et nous nous arrêterons spécialement à celui très simple et très efficace que nous nous proposons de vulgariser davantage. Puisse-t-il être utile.

Nous sommes heureux que l'usage nous donne ici une occasion de montrer à nos maîtres qu'ils n'ont point eu affaire à un ingrat.

Que Monsieur le docteur Delacour, directeur de l'école au moment où nous commençâmes nos études de médecine, veuille bien recevoir, ainsi que le docteur Perrin de la Touche, actuellement Directeur, l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

M. le professeur Bellamy et le docteur Deschamps, M. les docteurs Lhuissier, Blin, Lautier, Bodin, et plus particulièrement encore M. le docteur Lefeuvre qui a mis avec tant de bienveillance à notre disposition son laboratoire et sa grande habitude des travaux de physiologie ont droit à notre reconnaissance et elle ne leur fera certes pas défaut.

L'étude de la clinique nous a toujours paru intéressante et si, comme nous osons l'espérer, elle a été pour nous fructueuse, nous le devons entièrement aux mai-

tres qui nous ont toujours prodigué les plus précieux conseils à MM. les docteurs Dayot, père et fils, Bertheux, Perret, Aubrée, Bruté de Rémur, Le Moniet.

Nous ne saurions oublier que c'est dans le service de M. le docteur Dayot père, que grâce à sa complaisance il nous fut donné, il y a déjà plusieurs années, d'essayer l'application du traitement qui fait aujourd'hui l'objet de notre thèse.

Enfin j'ai eu le grand et rare bonheur d'avoir toujours auprès de moi un maître dévoué, plus respecté et plus aimé que tous les autres, il n'est, j'en suis persuadé, nul besoin de lui répéter ici quelle respectueuse reconnaissance son fils gardera toujours pour lui.

M. le Professeur Tillaux a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de bien vouloir recevoir l'assurance de notre vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Définition. Etiologie. Anatomie pathologique

Si, pour commencer rationnellement l'étude de la question que nous allons essayer de résoudre, nous cherchons à donner une définition précise de l'ulcère, nous trouvons tout d'abord que ces définitions sont nombreuses et que nous n'avons que l'embarras du choix, mais leur abondance même prouve que peu d'entre celles qui ont été proposées, sont satisfaisants.

En effet, une blessure résultant d'un traumatisme quelconque, brûlure, coup, etc., mais se réparant normalement n'est pas un ulcère; au contraire, survenant chez un prédisposé, le même traumatisme, la même brûlure, par exemple, sera la cause d'un ulcère véritable et typique.

Nous nous arrêterons donc à la définition de l'ulcère donnée par M. le professeur Reclus dans son premier

volume du « Traité de pathologie externe », où se trouvent étudiées les maladies des tissus et des organes.

Voici cette *définition* : « On nomme ulcère une perte de substance des téguments à surface fongueuse ou suppurante et sans tendance à la cicatrisation; on nomme ulcération le processus désorganisateur qui produit l'ulcère ».

Cette définition nous paraît bien mettre en relief le caractère réellement distinctif de l'ulcère qui est son « manque de tendance à la cicatrisation »; c'est là ce qui le distingue d'une plaie ordinaire.

Comme le fait remarquer J.-L. Petit, la distinction n'est pas toujours si simple à faire qu'elle le paraît.

Un grand nombre de causes pathologiques peuvent empêcher une plaie de guérir.

Ce sont des maladies générales : syphilis, diabète; ce sont des altérations locales spécifiques : tubercules, léprômes, etc. Tous ces cas qui donnent lieu à de véritables ulcération des téguments ne rentrent cependant pas dans l'affection dont nous prétendons nous occuper.

Nous voulons donc les laisser de côté pour ne parler que de l'ulcère commun non diathésique, de celui que nos anciens ont appelé « l'ulcère atonique simple », dénomination qui équivaut presque à une définition.

On l'a aussi appelé « ulcère de cause inconnue », cette expression est-elle juste? Non, sans doute, car l'examen des faits montre que, dans la très grande généralité des cas tout au moins, une série de causes soit locales,

soit générales, permanentes ou accidentelles s'unissent et se combinent de la manière la plus fâcheuse pour produire et faire durer la lésion.

Il sera bon de les esquisser rapidement et ce petit résumé d'étiologie et d'anatomie pathologique nous permettra de mieux saisir quelle importance ont pour les malheureux prédisposés à cette infirmité les moindres causes traumatiques et de comprendre en même temps la résistance qu'ils opposent à la guérison.

Tout le monde n'est pas également disposé à porter un ulcère, et, pour ce mal comme pour tant d'autres, on peut répéter ce mot banal et plaisant, mais absolument vrai, *qu'il est difficile de devenir malade quand on est absolument bien portant.*

Il faut, en effet, tout au moins en thèse générale, une *préparation*. Cette préparation peut être *rapide* : un homme, une femme a été fatiguée par une longue maladie, par un long séjour au lit, les privations, la réclusion surtout; la résistance de tous les tissus a diminué; si, dans ces conditions défavorables, un traumatisme survient, si la plaie accidentelle reçue à une jambe est mal pansée, a subi une infection microbienne, la guérison est entravée et la cicatrisation qui, normalement, devait être effectuée en deux jours, dans le cas de réunion immédiate, en dix ou quinze jours dans le cas d'absence de réunion, peut être indéfiniment retardée et la plaie devient un ulcère.

Il est certains faits, bien connus des médecins, qui

montrent la puissance de certains états pathologiques momentanés et accidentels pour retarder ou avancer la guérison d'une plaie. On a vu plusieurs fois une plaie à guérison lente, à tendance ulcéreuse, guérir vite après qu'un vomitif, un purgatif ou un antiseptique intestinal avait modifié l'état du tube digestif et fait cesser une auto-intoxication liée à une affection gastrique ou intestinale.

Mais ce n'est pas là le cas le plus commun ni le plus important. Généralement, l'ulcère est *préparé de plus loin*. On a observé que le plus souvent, il frappe des gens atteints d'*arthritisme*. Cette maladie constitutionnelle n'est pas seulement caractérisée par les atteintes qu'elle porte à l'intégrité des articulations et des synoviales, elle porte son action sur tous les organes, sur tous les tissus, mais plus particulièrement sur le système circulatoire, où elle produit des lésions redoutables dans l'appareil central comme dans les vaisseaux. Elle dispose, en outre, à la sclérose des tissus. Très souvent favorisée dans son action par l'alcoolisme si fréquent de nos jours, et qui en double la gravité, elle donne lieu, du côté des membres inférieurs, à une série de lésions aussi intéressantes pour notre sujet que fréquentes.

Sous la double influence de l'*arthritisme* et de l'*alcoolisme*, les artères principales et les artérioles de la jambe deviennent scléreuses ou athéromateuses, c'est-à-dire que le cours du sang y est très amoindri, parce que le calibre en est diminué en même temps qu'elles perdent

leur contractilité et leur élasticité par suite de l'altération granuleuse des éléments musculaires et élastiques ; elles finissent même quelquefois par s'oblitérer complètement.

Les *veines* sont ordinairement variqueuses. Quelquefois il s'agit de très grosses varices dormant sous la peau la sensation de masses caractéristiques, molles et analogues à des vers contournés, formant des tumeurs irrégulières, noueuses, qui arrivent jusqu'au pli de l'aîne. Ces varices, accompagnées ordinairement de la rupture ou de l'insuffisance des valvules, si gênantes qu'elles soient pour leurs porteurs, ne sont peut-être pas celles qui exposent le plus à l'ulcère. Mais on trouve chez des sujets qui, au premier abord, sembleraient à l'abri de lésions veineuses, des varices cachées, moins saillantes, plus profondes, siégeant sur les veines musculaires, et non sur les veines cutanées, et entravant puissamment la circulation en retour.

Ces varices profondes sont très souvent accompagnées de varicosités de la peau presque capillaires, formant près de la surface du derme des taches violacées dans lesquelles on distingue de petits vaisseaux veineux dont la paroi distendue a perdu tout ressort. Celles-ci agissent peut-être d'une manière plus immédiate sur la nutrition du derme et disposent par là même plus que les autres à une ulcération (1).

Chez les mêmes sujets, on voit les petits *troncs ner-*

(1) Voir les mémoires de Verneuil sur l'anatomie pathologique des veines variqueuses.

veux du membre altérés aussi, soit primitivement par de véritables névrites, soit consécutivement parce que les veinules qui constituent pour eux des « vasa nervorum » dilatées pathologiquement et devenues variqueuses ont distendu, dissocié, détruit même les fibrilles nerveuses (1).

Ainsi frappée dans ses éléments essentiels, la *peau toute entière* s'altère profondément. Au lieu d'être souple, mobile sur le tissu cellulaire sous-jacent, d'avoir un épiderme renouvelé et bien vivant, elle devient dure, épaisse, scléreuse. Le tissu conjonctif sous-cutané se soude avec le périoste du tibia d'une part, d'autre part avec la face profonde de la peau pour former une masse unique qui s'infiltré facilement de sérosité et dans laquelle les éléments conjonctifs deviennent fibreux et durs. En même temps, les organes annexes qui traversent la peau, comprimés par ces éléments fibreux, s'atrophient, s'amincissent, les poils deviennent peu épais, très fins et beaucoup même finissent par disparaître, ainsi que les glandes sébacées qui les entourent : la disparition de la matière grasse sécrétée par celles-ci contribue encore pour sa part à l'altération de la peau. Enfin les glandes sudoripares elles-mêmes s'altèrent de façon que la peau

(1) Hallopeau a signalé sur la cicatrice de certains ulcères variqueux la production spontanée et répétée d'éruptions bulleuses. En dehors de son intérêt clinique, ce fait peut être considéré comme venant à l'appui de la théorie suivant laquelle un trouble dans l'innervation trophique intervient dans la genèse de ces ulcères.

présente une structure absolument différente de l'état normal.

Très souvent, la peau ainsi atteinte est le siège de *poussées d'eczéma* qui se répètent et se prolongent indéfiniment, tantôt à l'état de surface suintant abondamment, tantôt avec la forme sèche donnant lieu pendant des mois et quelquefois des années à la production incessante de squammes, soit minces et analogues à une pelure d'oignon, soit croûteuses et plus ou moins épaisses.

« *L'examen histologique* montre, dans les coupes perpendiculaires à la peau, un derme très altéré. Les faisceaux fibreux qui le composent sont plus nombreux et plus serrés ; les lymphatiques capillaires étoilés forment de grands espaces stellaires revêtus d'endothélium. A cette hypertrophie du derme correspond une atrophie relative du corps papillaire dont les papilles sont peu élevées et petites. Les couches épidermiques sont minces et les noyaux des cellules sont fréquemment atrophiés par la dilatation des nucléoles, d'où la desquamation presque incessante à la surface de la peau ainsi enflammée. Quant au tissu adipeux sous-cutané, il fait corps avec le derme, il est dur, parce que les cellules adipeuses ont proliféré de telle sorte que chaque globe graisseux est diminué de volume et entouré d'une couronne de cellules embryonnaires. De là vient la consistance dite lardacée de la peau ainsi modifiée, consistance que nous

trouvons autour des vieux ulcères et qui est analogue à celle qu'offrirait de la graisse congelée »(1).

On conçoit facilement qu'un tégument aussi profondément altéré dans sa structure, chroniquement enflammé, privé en partie de ses vaisseaux et de ses nerfs, soit *disposé à subir l'atteinte des causes traumatiques les plus légères*. Qu'une plaie accidentelle insignifiante survienne sur un membre ainsi préparé, au lieu d'une réparation rapide, on observera une fonte de ces éléments malades, une destruction de la peau qui gagnera rapidement vers la périphérie, et l'ulcère sera constitué. Ce résultat sera plus infaillible encore si, comme il arrive presque toujours, le blessé, au lieu de s'arrêter aussitôt, continue son travail, convaincu que la lésion qu'il a éprouvée est insignifiante.

Il se peut même que le traumatisme manque tout à fait, et notre observation numéro 2 nous montre qu'il n'est pas nécessaire, si les conditions défectueuses qui président à la nutrition de la peau sont portées à l'extrême. On voit survenir sur un point donné une petite pustule, ou plutôt une bulle qui crève, elle est remplie d'une sérosité jaune ou noirâtre. Au-dessous d'elle, le derme rouge foncé, ou même sphacelé par places, s'ouvre et l'ulcère est constitué. Dans ces cas, on comprend facilement que la tendance à la cicatrisation est nulle, l'extension peut au contraire être très rapide.

(1) CORNIL et RANVIER. *Anatomie pathologique*, p. 1189.

Quelle est la *structure de l'ulcère* dans sa période d'état ?

Elle est assez simple et a été bien décrite. La *peau* est entièrement détruite, le fond est occupé par un tissu qui repose sur les couches sous jacentes et jusque sur le périoste.

(1) Les ulcères peuvent provoquer dans les os sous-jacents les diverses formes de l'*ostéopériostite*. Exceptionnellement destructive, l'inflammation détermine le plus souvent une augmentation de volume, l'os est alors plus léger, spongieux, recouvert d'ostéophytes. Dans des cas très rares, le tissu de la diaphyse est dur, éburné, le canal médullaire rétréci. Lorsque les épiphyses ne sont pas encore soudées, l'os s'accroît en longueur et l'emporte sur son congénère de deux ou trois centimètres, les ostéophytes sont plus abondants, une véritable diathèse osseuse peut se manifester qui se traduit par l'ossification des aponévroses d'enveloppe et de cloisonnement, des ligaments, des gaines vasculaires et nerveuses, en un mot, de tout le tissu fibreux de la jambe.

Au milieu de l'ulcère, s'élèvent parfois des exostoses saillantes qui ont été prises pour des lésions syphilitiques, mais la consistance de la tumeur, l'anamnèse et surtout le traitement spécifique, qui doit toujours

(1) Voir *Rec. Thérap. Méd. Chirurg.*, 1884, p. 323. — GAUVAIN. Thèse Paris, 1884.

être tenté en pareille occurrence, établiront le diagnostic.

Les ostéopériostites sont une complication grave : elles s'opposent à la cicatrisation de l'ulcère, compromettent l'amputation du membre et rendent trop souvent la fonction nécessaire (1).

Entre le périoste et la surface même de l'ulcère, on trouve un tissu friable constitué par quelques fibrilles des conjonctives assez rares avec une très grande quantité de cellules embryonnaires et des vaisseaux de nouvelle formation dont les parois très minces et mal soutenues par le tissu environnant, se brisent avec la plus grande facilité (2). De là, la facilité extrême des hémorrhagies à la surface des ulcères, hémorrhagies légères sans doute mais souvent répétées, et qui contribuent à augmenter encore la durée du mal.

Ainsi sont constitués les *bourgeons charnus* qui forment la surface de l'ulcère. Quelquefois larges, mous et pâles, ils indiquent une disposition fâcheuse et une nutrition défailante, d'autres fois, plus fermes, petits,

(1) Nous avons eu l'occasion de voir à l'Hôtel-Dieu de Rennes un cas dans lequel les altérations des os étaient portées à un point tel qu'il se fit une fracture spontanée de la jambe. On put croire au premier abord qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, l'amputation fut proposée et faite. Or, l'examen histologique microscopique des pièces recueillies à la salle d'opération fut fait ultérieurement et permit de constater qu'il n'y avait pas d'épithélioma mais seulement une altération dégénérative sans aucune tumeur action liée à l'irritation produite par l'ulcère.

(2) V. CORNIL et RANVIER. *Loc. cit.*, p. 97.

granuleux, ils témoignent au contraire une bonne tendance à la guérison, ce sont là les bourgeons charnus dits « de bonne nature ». C'est sous cette dernière forme qu'on les trouve toujours lorsque après un certain temps d'application de l'appareil proposé ci-dessous, on vient à l'enlever pour renouveler le pansement.

Il n'est pas nécessaire d'insister pour faire voir combien l'ulcère de jambe, s'il n'est pas dangereux pour la santé est une infirmité pénible.

Quelques malades, il faut l'avouer, ne ressentent pas de douleur violente, la plupart n'en souffrent pour ainsi dire pas quand ils sont couchés, mais, dès qu'ils se lèvent, dès surtout qu'ils sont astreints à des efforts et à un travail régulier, les *douleurs* surviennent, quelquefois modérées, quelquefois insupportables, et les obligent à s'arrêter. Si l'on ajoute à ces douleurs l'*infection* de la plaie, l'*odeur* qui s'en exhale, la *nécessité d'un pansement* quotidien, et surtout l'*imminence d'accidents graves* toujours suspendus comme une menace sur ces malheureux : *Erysipèles, phlébites, gangrènes*, etc... on verra facilement que la guérison est pour eux autre chose qu'une question de luxe.

Aussi tous les chirurgiens se sont-ils efforcés de la procurer, mais elle est difficile à obtenir, en raison des causes anatomiques que nous venons de passer en revue, difficile aussi à maintenir pour les mêmes raisons. Les rechutes sont extrêmement fréquentes et pour ainsi dire fatales.

Nous croyons cependant qu'un traitement bien institué peut, dans la presque totalité des cas, arriver à guérir l'ulcère, sans exposer ni fatiguer le malade, et que, d'autre part, des précautions bien prises et assez simples pourront longtemps, sinon toujours, le mettre à l'abri d'une récurrence : c'est ce qui nous reste à exposer.

CHAPITRE II

Du traitement

Il n'entre pas dans notre pensée de faire l'histoire complète des traitements appliqués à cette pénible affection ; ce serait inutile pour le but que nous nous proposons et d'ailleurs beaucoup trop long.

Dans une affection de ce genre, il est évident que les soins locaux sont ceux qui ont le plus d'importance ; toutefois le traitement général doit aussi compter pour quelque chose. Commençons donc par étudier dans un premier paragraphe le traitement local, dans un second nous étudierons dans le traitement général :

PREMIER TRAITEMENT LOCAL

I

L'expérience de tout le monde a prouvé depuis longtemps que le repos dans la *position horizontale* est le moyen d'arriver à une guérison rapide.

Dès que les malades sont au lit, les douleurs cessent, la plaie s'amende, la suppuration diminue, parce que la circulation en retour, si fâcheusement entravée dans tous ces cas par les lésions veineuses de voisinage, se fait beaucoup mieux dans cette position. Mais pour que celle-ci soit vraiment efficace, il faut que le repos au lit soit absolu, il faut que, pendant tout le temps nécessaire pour obtenir la cicatrisation, six à huit semaines environ en général, le malade consente à ne pas mettre le pied à terre.

Tous les chirurgiens savent que l'importance de cette règle est telle que la moindre infraction est inscrite sur la plaie, véritable appareil enregistreur. Tous savent en examinant la surface de celle-ci le matin, et en y découvrant des points congestionnés ou de petites hémorrhagies, que le malade a perdu patience et enfreint la prescription.

Avec cette condition du repos horizontal absolu, on peut dire que tous les traitements sont bons. On guérit avec les vieux *cataplasmes*, surtout si l'on y évite l'odieuse graine de lin, dont l'huile rapidement altérée provoque si facilement des éruptions secondaires de boutons vésiculeux ou pustuleux, et si l'on emploie la fécule cuite dans l'eau boriquée.

On guérit avec le *pansement simple* des anciens chirurgiens. On guérit avec tous les *baumes* et tous les *emplâtres* avec les *pansements à l'eau* de Lombard et de Percy comme avec les *solutions excitantes de savon*, de

jus de citron, comme avec celle de *chlorure de chaux* qu'employait Nélaton.

On a encore traité les ulcères par les *bains*. Rien n'est plus mauvais pour les ulcères de jambes, dit Marfan (1), qu'un bain local : froid, le bain local gonfle les veines et augmente la stase veineuse, chaud, il provoque la fluxion artérielle. dans les deux cas l'effet produit est détestable, d'où le principe de n'utiliser en pareil cas que l'immersion totale du corps.

Lasègue et Marfan (1) après lui, mettent tous les malades le matin, dans un bain entier avec cinquante grammes de sulfate de cuivre ; le reste du temps, repos au lit, rien sur la jambe, aucun pansement mais un simple cerceau disposé de façon à éviter le frottement du drap sur le membre malade.

La cicatrice donnée par ce traitement est, dit-on, belle et solide, mais ce repos horizontal absolument nécessaire est justement une des conditions les plus pénibles que l'on puisse imposer. La plupart des malades atteints d'ulcères sont des malheureux pour lequel le repos est presque impossible : ouvriers obligés de travailler pour gagner leur vie, laquais, cuisiniers, scieurs de long, maçons, menuisiers, manoeuvres, etc..... Ils sont

(1) MARFAN. *Thérapeutique contemporaine* (1885). Des bains entiers au sulfate de cuivre.

METTENHEIMER DE SCHWORJEN. Bains locaux permanents pendant 25 jours. *Beltz's memorabilien*, 1867.

BLANC. *Thèse*, Paris, 1888, traitement des ulcères de jambes par les bains de sulfate de cuivre.

condamnés à la misère, eux et leur famille, s'ils se condamnent au lit.

Il est aujourd'hui des nécessités sociales que le médecin doit comprendre et contre lesquelles il ne peut rien, il lui serait inutile d'essayer d'aller directement contre elles. Si l'on ne peut vaincre une difficulté, il faut la tourner, aussi, quelque efficace que soit le repos, les chirurgiens ont-ils cherché depuis longtemps à guérir les ulcères sans imposer à leurs porteurs une condition aussi pénible.

Ces tentatives ne sont pas restées sans résultat, et trois genres de traitement vraiment efficaces et très utiles sont sortis de ces recherches.

II

Le premier en date est celui que l'anglais *Baynton* (1) fit connaître au commencement du siècle (1814), traitement qui eut alors en Angleterre, et quelques années plus tard en France, une assez grande vogue, lorsque Philippe Boyer, si attentif au pansement de ses opérés et de ses malades eut attiré l'attention sur lui (2). Il est encore assez souvent employé de nos jours et rend de véritables services : Il consiste dans l'application de *bandelettes de Diachylon* sur toute la plaie, de manière à exercer une compression exacte sur celle-ci.

(1) BAYNTON. *Descriptive account of a New method of treating old ulcers in the legs*. London, 1797.

(2) BOYER. Rapport au conseil des hôpitaux sur le traitement des ulcères au bureau central, Paris, 1831.

L'établissement d'une compression méthodique dans le traitement des ulcères était un véritable progrès. Il a été si bien apprécié, et l'usage en a si vite démontré les avantages que depuis ce moment, la compression exercée d'une manière ou d'une autre, a été conservée par presque tous les chirurgiens comme une partie essentielle du traitement.

Cette compression a reçu plus tard son complément naturel et sa perfection nécessaire lorsque l'on a substitué à la compression directe par les bandelettes, la compression, aussi exacte, mais beaucoup plus douce et plus élastique, produite au travers d'une épaisse couche d'ouate (1).

Pour faire son pansement, Baynton préparait un nombre suffisant de bandelettes de diachylon de la largeur du doigt et d'une longueur égale à une fois et un tiers le tour du membre ; il les posait en commençant par le bas, au-dessous de la plaie, en appliquant le milieu de la bandelette sur la partie du membre opposée à la plaie, et en croisant les deux extrémités sur la plaie elle-même. Il appliquait successivement les bandelettes les unes au-dessus des autres, de la même façon, de bas en haut, en les faisant s'imbriquer sur le tiers au moins de leur largeur et recouvrait ainsi toute la surface malade qu'il dépassait en haut de deux ou trois centimètres.

(1) MAYOR de Lausanne et ROUX. *Bulletin de thérapeutique* 15 novembre 1834. JONES, *the lancet*, 1851, cité par la *Revue de thérapeutique* en 1851, page 216.

La plaie était ainsi recouverte d'une cuirasse qui la mettait à l'abri de l'air, des poussières, la protégeait contre les frottements, et lui assurait le bénéfice d'une compression salubre quand elle était modérée et bien faite.

Le pansement était renouvelé, suivant l'abondance de la suppuration, tous les trois ou tous les six jours.

Il est certain que *Baynton* a de cette manière soulagé beaucoup d'ulcères ; le malade pouvait marcher sans beaucoup souffrir et sans que la guérison fut trop entravée. Toutefois, les inconvénients étaient fréquents et nombreux : la suppuration se fait jour facilement au-dessous des bandelettes agglutinatives, elle peut s'altérer et devient facilement, dans ces conditions, l'origine d'éruptions secondaires, d'irritation de voisinage, quelquefois de complications plus graves, érysipèles, par exemple. Les bandelettes elles-mêmes ont développé souvent des eczémas intenses, d'autant plus faciles à provoquer que, chez ces malades, la peau en a déjà été très souvent le siège et qu'elle est, comme nous l'avons vu, profondément altérée dans sa structure.

La méthode de *Baynton* a été utilisée avec quelques modifications par ceux qui, au lieu d'employer le diachylon, ont préféré se servir de l'emplâtre de Vigo, que l'on applique d'ailleurs de la même manière.

Nous trouvons ce pansement préconisé dans la thèse du docteur Vaugrante (1) qui fait précéder l'application

(1) Paris 1894 in-8°, chez Jouve.

des bandelettes de lavages au chlorure de zinc. Le choix de l'emplâtre de Vigo avait l'avantage de profiter à la fois de la propriété excitante et des propriétés antiseptiques du mercure, toutefois, beaucoup de personnes sont extrêmement sensibles à l'action de ce métal, et l'application du Vigo donne lieu fréquemment, même sur des peaux plus saines que celles des porteurs d'ulcères aux phénomènes de l'hydrargyrisme.

III

On peut regarder comme un progrès sur ce pansement, la méthode que proposa plus tard le docteur *Henry Martin* de Massachussets en 1877 (1), méthode appliquée par lui, affirme-t-il, avec un succès constant pendant plus de vingt ans. Elle consiste dans la compression exercée sur tout le membre, depuis les malléoles jusqu'au-dessus du genou, avec une *bande de caoutchouc* pur de huit centimètres de large et de trois à quatre mètres de longueur. Le chirurgien fait d'abord un tour au-dessous de la plante du pied, pour fixer la bande, puis il recouvre la jambe entière avec l'ulcère de spires modérément serrées et fixe l'extrémité supérieure de la bande autour de la cuisse au moyen de deux lacs cousus à cette extrémité.

Du reste, voici comment l'auteur décrit son procédé dans le « *Transactions of the american medical asso-*

(1) *Transactions of the american medical association* 1877. Vol. XXVIII, p. 589.

ciation » de 1877 (vol. XXVIII page 589), ces quelques lignes sont extraites de la traduction donnée par le docteur E. de la Harpe : « Le malade doit mettre la bande le matin avant toute occupation, avant que les veines de la jambe se soient distendues sous le poids de la colonne sanguine qui les remplit. Il vaut mieux l'appliquer au lit, en la serrant juste assez pour qu'elle ne glisse pas. En effet, dès que le pied repose sur le sol, la jambe augmente de volume, par afflux du sang dans les veines, de façon qu'elle se trouve suffisamment serrée par la bande; celle-ci reste en place toute la journée, quel que soit le genre d'exercice ou de travaux du malade. Pour enrrouler la bande, on fait un tour au-dessus des malléoles, puis un tour en étrier sous le pied, et de là on remonte sur la jambe en spirales successives jusqu'au genou..... Le soir, quand le malade se déshabille, il enlève la bande et essuie parfaitement sa jambe. Il place sur l'ulcère un morceau de vieux linge imbibé d'huile d'olives, ou tout autre pansement analogue, et le fixe par quelques tours de bande ordinaire. La bande en caoutchouc est lavée avec une éponge et de l'eau froide (ou chaude, ce qui est préférable) et suspendue déroulée pour qu'elle sèche et soit prête le matin suivant.... Le lendemain, la jambe peut être lavée, mais qu'elle le soit ou non, il faut enlever les moindres traces d'huile ou de cérat, car les substances grasses, même en petite quantité, exercent à la longue une action pernicieuse sur le caoutchouc ». Ce pansement assure pendant toute la journée à la plaie, un

milieu à la fois chaud et humide, un véritable « bain tiède » favorable selon Martin, à la formation rapide des bourgeons charnus, et de plus soumet le membre à une compression modérée et régulière qui est certainement favorable.

Il n'est pas possible de ne pas remarquer l'analogie qui existe entre cette manière de panser les ulcères et l'occlusion sous le caoutchouc appliquée si souvent par les dermatologistes au traitement des larges eczémas des membres inférieurs. Très souvent, sous l'influence des applications de caoutchouc à nu sur les surfaces malades, on obtient une diminution très grande des démangeaisons insupportables que ressentaient auparavant les malheureux patients ; toutes les croûtes petites et grosses se détachent immédiatement, les surfaces malades se nettoient et l'on hâte certainement la guérison, mais à la condition pourtant de ne pas insister trop longtemps sur ce pansement qui est en somme un pansement humide.

Le pansement de Martin est donc bon et l'on peut dire qu'il a marqué un véritable progrès dans le traitement de cette cruelle affection. Il a cependant l'inconvénient des pansements trop fréquents : il faut le renouveler tous les jours, faire un pansement matin et soir, et le faire avec soin et intelligence, sous peine d'amener de l'enflure et d'autres accidents. C'est beaucoup demander à la plupart des porteurs d'ulcères, et quand on constate « de visu » avec quelle saleté et quelle négligence ils traitent, en général, leur membre infirme, on est

porté à croire qu'ils seront rarement capables de suivre avec la persévérance nécessaire un traitement toujours long.

L'appareil de Martin a de plus l'inconvénient de tous les pansement humides : il est puissant certainement, au début, pour améliorer l'état local, faire tomber les accidents inflammatoires, combattre les callosités, modifier la surface de la plaie, mais quand celle-ci est en bon état, il est peu favorable à une guérison rapide. Tous les chirurgiens savent maintenant que les plaies se trouvent mieux sous les pansements secs, qu'elles guérissent ainsi plus vite. Presque tous préfèrent ces derniers, toutes les fois que la chose est possible. On sait aussi, et c'est une notion qui est entrée dans le domaine de la pratique chirurgicale depuis que l'antisepsie a révolutionné celle-ci, que les plaies se trouvent infiniment mieux de pansements rares que de pansements répétés, et que moins on y touche, en général, mieux elles guérissent.

A côté du pansement de Martin vient se placer le traitement des ulcères par les *plaques métalliques* et la compression indiqué dans la thèse du docteur *Ascornet*, (Voir *Journ. de Med.*, 1895, page 187). Il consiste, après lavage et nettoyage complet au bichlorure à 1/2000, à appliquer à même sur l'ulcère une *plaque de zinc* très mince, (un dixième de millimètre), dépassant la solution de continuité d'un centimètre tout autour. On la fixe par une bande de caoutchouc placée exactement

comme la bande de Martin. Ce pansement, comme celui de Martin, doit être enlevé chaque soir et remplacé chaque matin. Il est exactement comparable à celui du chirurgien américain dont il a les avantages et aussi, malheureusement, les inconvénients : l'auteur croit pourtant qu'à côté de l'effet dû à la compression, le zinc peut avoir une efficacité spéciale, attribuable à une action chimique du métal, ou plutôt de ses sels. Ce traitement joindrait donc, suivant le docteur Ascornet, l'effet utile de la compression à l'action locale exercée sur la plaie par les différentes substances excitantes employées depuis longtemps, (chlorure de chaux, savon, citron, etc...)

IV

Toutefois, ce pansement nous semble beaucoup moins simple que celui qui nous reste à décrire et qui est relativement récent puisqu'il a été proposé par le docteur *Desplats*, il y a quelques années seulement (1), pansement qui constitue, si on le compare aux autres, un véritable progrès. Bien qu'il date déjà de quelques années, il nous a paru peu connu encore, ou du moins trop peu répandu, et c'est pour cela et parce que nous sommes convaincu de sa supériorité que nous désirons y insister. Il s'en faut, toutefois de beaucoup que ce soit absolument une nouveauté ; dès 1834, Mayor de Lausanne et Roux, de Genève, avaient proposé la compression ouatée qui en est la base, Jones en 1851 avait proposé

(1) *Journal des sciences médicales de Lille* (1887).

de nouveau un pansement analogue et quelques auteurs l'ont suivi depuis (1).

Avant d'en examiner les avantages, il convient de le décrire.

Il peut être appliqué quel que soit l'état de la plaie, quelqu'induration ou inflammation qu'elle présente.

On commence d'abord par nettoyer tout le membre à fond, en faisant sur toute la jambe et le pied une lotion à l'eau chaude et au savon, au moyen d'une brosse douce; on nettoie de la même façon la plaie, toutefois, il est inutile de provoquer sur celle-ci des excoriations et des hémorrhagies. On lave le membre le mieux qu'on le peut, sans avoir la prétention d'obtenir une aseptie absolue.

Pour avoir celle-ci, il faudrait enlever presque toute la couche superficielle de l'ulcère, imprégnée de myriades de microbes divers.

Après cette lotion au savon aussi complète que possible, on lave de nouveau tout le membre avec une solution chaude de sublimé au millième; le membre est alors propre, sinon aseptique.

On remplit alors tout le creux formé par l'ulcère de poudre d'iodoforme; toutefois, quand la plaie est très large, il est bon de se souvenir que l'iodoforme employé en grande quantité a plus d'une fois produit des acci-

(1) OLLIER avait déjà proposé depuis longtemps l'application d'un appareil silicaté pour procurer à certaines plaies rebelles le bénéfice de l'immobilisation.

dents, quelquefois même des accidents mortels. On doit donc adopter ici la règle pratique indiquée autrefois par Verneuil, et ne jamais dépasser la dose de cinq grammes d'iodoforme pulvérisé pour un pansement. Comme d'ailleurs, ce produit est d'une odeur aussi tenace que désagréable, on peut parfaitement le remplacer par une poudre telle que la poudre d'Aristol dépourvue de tout danger et de toute odeur ; on peut encore le remplacer, soit par le sous nitrate de bismuth, soit par le salicylate de bismuth ou par une pommade antiseptique, ou bien encore par l'amyloforme.

Ce lavage très soigné du membre au savon et au sublimé, l'application de poudre d'iodoforme, d'aristol ou de traumatol, établissent une asepsie, non pas peut-être absolument rigoureuse, mais cependant suffisante comme le démontre l'expérience et la marche de l'ulcère sous ce pansement. Certains chirurgiens sont allés plus loin et ont tenu à détruire absolument tous les microbes à la surface de la plaie. Ils y sont arrivés de plusieurs manières. Quelques-uns n'ont pas craint de râcler entièrement les bourgeons charnus, de les détruire entièrement à la curette, pour enlever les microbes contenus dans ces bourgeons. Outre la rudesse de ce procédé et la douleur qu'il cause, on peut aussi lui reprocher d'arriver imparfaitement à son but, quand on se rappelle surtout les accidents de généralisation tuberculeuse que l'on a trop souvent observés après le curetage de quelques foyers tuberculeux isolés.

Un procédé qui n'est pas passible de ce reproche est celui qu'a publié assez récemment le docteur Langsdorff (1), et qui repose sur l'action du *sublimé à l'état naissant* : la plaie est recouverte entièrement d'une couche de calomel auquel on donne la consistance pâteuse avec de l'eau ; on saupoudre ensuite de sel de cuisine fin, et on couvre le tout d'une couche d'ouaté maintenue par de la tarlatane. La douleur causée par cette application est très vive, mais la désinfection est complète, les bourgeons charnus sont cautérisés, il se forme même une escharre qui précède la guérison.

Ce procédé laisse craindre une intoxication, et nous n'oserions certainement pas l'appliquer sur une grande surface, enfin, il ne permet pas la marche. L'intoxication ne peut résulter de la stérilisation de la plaie au moyen du *chlore gazeux* proposé par River de Londres (2) qui place sur la plaie un tampon de coton imprégné de chlore gazeux obtenu en laissant un certain temps ce tampon dans un flacon à dégagement de chlore. Toutefois, ce dernier procédé qui ressemble plus à un procédé de laboratoire, n'a pas encore été assez appliqué pour que l'on puisse le juger.

Si l'on voulait prendre contre l'infection une précaution de plus sans courir aucun risque, on pourrait désinfecter l'ulcère au moyen de l'eau oxygénée qui est

(1) VON LANGSDORFF, de Baden-Baden. Traitement des ulcères par le sublimé à l'état naissant cité par la *Semaine médicale* de 1897, p. 438.

(2) RIVER. Société clinique de Londres du 25 mai 1894.

absolument inoffensive, très puissante et d'un emploi si commode.

Mais revenons à notre pansement : une fois la plaie ainsi préparée, on place sur l'ulcère et sur la partie du membre avoisinante une petite épaisseur d'ouate hydrophile aseptique, puis, commençant par le pied, on enroule successivement autour du pied et de la jambe une ou deux couches d'ouate ordinaire divisée par larges bandes de dix doigts environ, cette ouate doit être assez épaisse.

On fixe cette couche d'ouate en enroulant *très fortement* autour d'elle une bande de gaze ou de toile très fine dite « toile à beurre » qui diminue beaucoup le volume apparent du membre et exerce sur la plaie une compression assez forte, mais élastique et toujours facilement supportée.

Il ne reste plus qu'à recouvrir le tout d'une bande silicatée qui assurera l'immobilité de l'appareil et la fixité du bandage.

La dessiccation doit être surveillée : on n'oubliera pas que le malade doit dès le lendemain pouvoir se servir de son membre et marcher. Il faut, pour qu'il le puisse faire, que pendant que le silicate sèche, le pied soit maintenu dans la position nécessaire pour favoriser la marche, c'est-à-dire qu'il fasse avec la direction de la jambe un angle parfaitement droit. Le chirurgien obtient facilement ce résultat en faisant mettre le malade assis sur

une chaise, position qu'il peut conserver longtemps sans fatigue, et en plaçant lui-même le pied dans la situation convenable que le patient devra garder jusqu'à ce que le bandage soit sec.

A partir de ce moment, c'est fini : le malade peut se lever, se promener, travailler sans que le résultat soit le moins du monde compromis ; les douleurs, s'il en existait, s'amendent, on ne s'occupe plus de la plaie qui guérit silencieusement sous le matelas dont on l'a couverte. Le bandage ne sera enlevé que dans vingt-cinq jours, on pourrait même très probablement le laisser davantage sans y regarder, mais au bout de ce temps, l'impatience du malade est déjà grande et c'est lui qui insiste, en général, pour que l'on constate l'état des choses, car il conserve des inquiétudes, malgré les assurances qu'on a pu lui donner : le bandage lui-même est d'ailleurs généralement très endommagé au bout de ce temps.

« Il arrive quelquefois que le pansement doit être renouvelé au bout de quelques jours, à cause de la mauvaise odeur qu'il exhale et des douleurs que le malade accuse. Cela tient toujours à une application imparfaite : ou bien on n'a pas mis une suffisante quantité d'ouate, ou bien on n'a pas suffisamment serré l'appareil, ou bien encore lorsque l'appareil a été appliqué, on n'a pas tenu compte de la réduction de volume que la jambe devait éprouver sous l'action de la compression. Pour éviter ce dernier inconvénient, il faut appliquer le pansement

le matin, après que le malade a passé la nuit entière dans le décubitus, et, si la réduction de l'œdème n'est pas suffisante, condamner le malade au repos pendant un ou deux jours, comprimer avec une bande ordinaire et n'appliquer la bande silicatée que lorsque le membre est réduit de volume.

La bande silicatée n'est même pas indispensable et l'on n'y aura recours que chez les pauvres qui exercent des professions pénibles ou chez les gens peu intelligents dont on aurait à craindre l'indocilité » (1).

Lorsqu'au bout de vingt-cinq jours environ, le pansement est renouvelé, on trouve en général, la surface malade profondément modifiée : sa guérison peut être complète si l'ulcère était de petite dimension ; dans le cas contraire, on réapplique le bandage de la même façon que la première fois, mais sans nouveau lavage, on se contente d'essuyer légèrement la surface ulcérée avec un peu d'ouate hydrophile aseptique et de renouveler la poudre d'Aristol ou d'iodoforme. Ce second bandage suffit presque toujours. Dans quelques cas exceptionnellement graves, comme celui de notre observation numéro 1 en est obligé de faire jusqu'à trois applications successives.

Ce traitement nous semble offrir des *avantages* incontestables :

Premièrement, il est *simple, facile à faire, peu coûteux*. Il n'exige ni de fréquentes visites, ni des panse-

(1) *Journ. de méd. et de chir.*, 1887, p. 371, n° 13620.

ments répétés, le chirurgien n'a besoin d'intervenir de nouveau qu'après un temps assez long. S'il y a dans l'entourage du malade une personne intelligente, cette personne pourra même à la rigueur se charger de faire le pansement et nous avons vu plus d'une fois des personnes étrangères à la médecine, mais soigneuses et dévouées, se tirer parfaitement de l'application d'appareils de ce genre. Cette considération a un réel intérêt chez les pauvres et les ouvriers. Les pièces du pansement n'ont même pas besoin d'être entièrement renouvelées, seules l'ouate hydrophile qui recouvre immédiatement la plaie, et les bandes doivent être changées; la couche intermédiaire d'ouate qui sert de remplissage peut être utilisée de nouveau.

Secondement, *il permet la marche facile et immédiate*, sans douleur ni danger pour la plaie, c'est là, à notre avis un avantage immense et qui donne en grande partie à cet appareil sa valeur.

Troisièmement enfin, *il guérit aussi vite* et même plus vite qu'aucun autre pansement employé.

Comment agit-il ?

Ce traitement réunit les avantages de celui de Baynton et de celui de Martin, sans en avoir les inconvénients.

Quoiqu'on l'ait proposé comme un pansement antiseptique, il serait téméraire, nous semble-t-il, de soutenir cette opinion : Au moment de l'application première, malgré les lavages et le sublimé, il reste certai-

nement de nombreux microbes sur la plaie et dans l'épaisseur même de la couche superficielle de celle-ci. Au moment du deuxième pansement, il est bien facile de constater que le pus qui existe en petite quantité contient des microbes en nombre immense; on a fait la même observation à propos du pansement ouaté d'Alphonse Guérin, et personne cependant n'a remarqué que ces microbes empêchassent les plaies de guérir sous l'ouate. Le pansement de Desplats agit à peu près de la même manière que celui de Guérin.

Il protège très efficacement la plaie contre toutes les causes traumatiques extérieures, les frottements, les heurts, etc.

Il exerce une compression très favorable, soit en agissant sur la plaie elle-même en excitant sa surface, soit en facilitant sa nutrition par l'appui et le soutien qu'il fournit aux veines, en cela il est comparable aux pansements de Baynton et de Martin.

Il a de plus l'avantage des pansements secs. En effet, l'évaporation y est possible, quoique faible, cette évaporation qui se fait par la partie supérieure du bandage, où l'ouate reste à nu, par la partie inférieure et, plus tard, par de fréquentes ruptures de la couche glacée, suffit pour mettre la plaie dans des conditions beaucoup plus favorables que celles où elle se trouve sous les bandelettes agglutinatives et la bande de caoutchouc. C'est un pansement sec évaporatif au lieu d'un pansement humide. Desplats fait observer que, comme nous

l'avons dit plus haut, l'application du silicate n'est pas, à la rigueur, absolument nécessaire, et que la guérison a lieu même avec la compression simple, quand elle est bien faite, dans ce cas l'évaporation se fait absolument comme dans le pansement ouaté de Guérin. Toutefois, il semble préférable, surtout quand le malade doit s'adonner à des travaux pénibles, d'appliquer la botte silica-tée; on pourrait alors dans ce cas faire avec un poinçon de nombreux trous dans la carapace de silicate qui recouvre la couche d'ouate, et favoriser ainsi beaucoup l'évaporation sans rien enlever à l'appareil de sa solidité (1).

Enfin il a l'avantage de tous les *pansements rares*.

Tous les chirurgiens savent, qu'en dépit de tous les efforts, certains ulcères résistent à ce point que l'on a quelquefois, pour arracher le malade à des souffrances incessantes, été jusqu'à proposer et faire l'amputation du membre. Ce parti extrême ne trouve plus guère désormais son application, parce que depuis quelques années, la chirurgie s'est enrichie d'un procédé aussi simple qu'ingénieux au moyen duquel elle réussit souvent à réparer mieux que ne pouvaient le faire nos devanciers, et à renouveler même, en quelque sorte, le derme man-

(1) M. le P^r Ollier s'est aperçu en enlevant une fois un appareil laissé sur la plaie pendant 32 jours, que quelques moisissures s'y étaient développées. La plaie d'ailleurs fort belle avait des bords ramollis et quelque peu macérés, c'est depuis ce temps qu'il a recommandé de pratiquer des ouvertures dans le bandage pour permettre une évaporation facile et éviter l'inconvénient signalé.

quant. C'est par la *greffe dermique* ou *épidermique* que l'on peut ainsi reconstituer une partie du tégument, et rendre solides des cicatrices, qui, sans elle, n'auraient jamais été résistantes.

Je n'ai pas le dessein de décrire ici l'application des *greffes* suivant les procédés de *Reverdin* ou de *Thiersch*.

Du reste, on n'a pas emprunté à l'économie humaine seule les moyens de réparation, et souvent on est allé demander à des animaux les parcelles de peau nécessaires pour combler des pertes de substances, on les a empruntées soit à des *lapins*, soit à des *chats*, soit surtout à des *grenouilles* (1). Plus récemment, Monsieur le docteur *Amat*, médecin militaire, a fait connaître une modification très ingénieuse de ce procédé, qui consiste à employer, au lieu de la peau ou de l'épiderme humain, la *membrane qui revêt la paroi interne de la coquille de l'œuf*. La face de la pellicule qui baignait dans l'albumine est appliquée sur la plaie préalablement aseptisée, et est maintenue par un pansement.

Rien n'est plus facile que d'adapter le pansement proposé à l'application des greffes de tous genres : L'application du premier bandage sera dans ce cas la meilleure de toutes les préparations. Lorsqu'on l'enlève, la plaie est en bon état : les bourgeons charnus sont rosés, durs, petits, dans des conditions tout à fait favo-

(1) *LECOQ. Thèse, Paris 1896. « Traitement des plaies et des ulcères par les greffes animales et en particulier par les greffes de peau de grenouilles ».*

rables pour recevoir, soit les fragments épidermiques, soit les lambeaux dermiques, soit la pellicule de l'œuf.

Les pellicules épidermiques très petites et très multipliées suffisent en général, pourvu qu'elles retiennent la couche profonde de l'épiderme, celle qui jouit encore d'une véritable vitalité. Les expériences multipliées de Reverdin et de Pollack ont démontré suffisamment ce fait désormais incontestable.

Quant aux fragments plus ou moins considérables de derme préférés par Ollier et beaucoup d'autres chirurgiens, il est certain qu'ils peuvent eux aussi continuer de vivre sur les ulcères, quand la couche granuleuse de ceux-ci est favorablement disposée.

La pellicule ovulaire peut elle-même continuer de vivre, et les cellules épithéliales qui existent à sa couche interne présentent, relativement aux cellules embryonnaires des bourgeons charnus avec lesquelles elles sont en rapport, la même puissance pour les déterminer à la formation épithéliale. Toutefois, quelle que soit la greffe adoptée, il semble plus convenable de ne procéder que par tous petits fragments et non pas par trop grands lambeaux; ceux-ci étant exposés à se mortifier au moins en partie, et la portion mortifiée pouvant alors agir d'une façon défavorable.

L'immobilité est ensuite nécessaire. On applique souvent, pour l'assurer, sur les greffes, une lamelle de gutta-percha ou de *protective* fixée des deux côtés de la plaie; toutefois, cette lamelle, par la large surface

qu'elle présente, est facilement exposée à des frottements dangereux. Il est plus simple de saupoudrer avec un peu de poudre d'Aristol, destinée à absorber la très petite quantité de pus qui sera sécrétée et de soumettre ensuite le tout à une compression élastique un peu forte, enfin de protéger le pansement par un appareil silicaté. Cette pratique est si naturelle que, dès le début de ses essais de greffe, M. Ollier, de Lyon, recommandait un bon silicate comme un excellent moyen de garantir l'immobilité nécessaire à la prise des lambeaux greffés.

Lorsque, comme c'est la règle très ordinaire, la greffe réussit, on a le plaisir de voir chacun des petits îlots faire le point de départ d'une production épidermique qui s'étend rapidement à la rencontre des voisines, de telle sorte que la plaie se trouve comblée rapidement et par une cicatrice solide. La durée du traitement s'en trouve notablement diminuée.

Il faut avouer que, malgré l'appui que fournit à la nature cette admirable petite invention, malgré tous les soins et toutes les précautions, la cicatrisation reste quelquefois impossible : « *Naturâ repugnante irrita sunt omnia.* » Le terrain ne se prête pas à la guérison, les tissus sont trop profondément altérés, la circulation trop malade.

C'est dans ces cas qu'on a recours quelquefois à des moyens extrêmes : incisions autour des ulcères pour

libérer la peau adhérente et décongestionner ses veines gonflées, opérations sur les varices pour diminuer le poids de la colonne de sang qui les distend par suite de la suppression de l'action des valvules, amputation du membre enfin.

TRAITEMENT INTERNE

Après avoir parlé des moyens locaux qui constituent la partie la plus importante du traitement des ulcères, il convient de dire un mot des MOYENS INTERNES.

Qu'ils aient une valeur réelle, bien que secondaire, on n'en sera pas surpris si l'on réfléchit que le porteur de l'ulcère est malade dans toute sa personne, que toute sa constitution est dominée par l'arthritisme.

Il n'est pas dans notre plan d'insister sur ces diverses opérations qui peuvent pourtant se trouver justifiées, mais nous voulons ajouter un seul mot pour recommander, dans les cas graves et rebelles, un médicament que l'expérience de tous les médecins a permis de compter parmi ceux dont l'action sur les vaisseaux est la plus marquée et qui a souvent permis de guérir des ulcères rebelles. C'est l'*iodure de potassium*, à la dose de 1 à 2 et même 3 grammes par jour (1). En parlant de l'iodure de potassium, je n'entends pas le recommander dans les ulcères syphilitiques tertiaires, où son

(1) TRASTOUR. « Emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur dans le traitement des ulcères ». (*Journal de la Société académique de la Loire-Inférieure*, 1859).

VAUGRANTE. *Thèse*, Paris 1894.

action, indépendamment de tout pansement compressif, agit spécifiquement avec une puissance absolument incontestable, je parle des vrais ulcères atoniques qui font l'objet de ce travail et dans lesquels son action curative certaine et souvent rapide est dûe probablement à la puissance qu'il a de favoriser la circulation dans les petites artères. Cette action de l'iodure de potassium, connue depuis longtemps, est devenue, en quelque sorte, une notion vulgaire, depuis que ce précieux sel est employé couramment pour soulager les asthmatiques et même les asthmatiques cardiaques.

A ces moyens, il convient d'ajouter deux médicaments dont l'emploi a pu être de quelque secours aux variqueux.

Le premier en date est l'*ergotine*, avec laquelle Meyerhoff faisait des injections tous les deux ou trois jours autour de l'ulcère, dans les mailles du plexus veineux. Meyerhoff prétend ainsi arriver à une diminution des varices et à une cicatrice plus solide.

Le second est l'« *Hamamelis de Virginie* » plus récemment entré dans la thérapeutique ordinaire, et dont l'expérience a déjà largement démontré l'efficacité dans les affections veineuses telles que les hémorroïdes, les phlébites, les varices.

On peut, tout en faisant le traitement local, donner la teinture ou l'extrait fluide à la dose de VI à VIII gouttes matin et soir, pendant longtemps et sans danger. Il n'est pas douteux que plusieurs malades en ressentent une amélioration très remarquable.

On pourrait enfin joindre avec avantage à la médication interne, à base d'iodure de potassium, l'usage externe de la teinture d'« *hydrastis canadensis* » (sceau d'or du Canada) appliquée sur la plaie sous forme de compresse ou d'ouate imbibée d'un mélange à 1/20 de teinture et d'eau bouillie.

Mais ceci est en dehors de notre sujet, car il ne peut être question dans ce cas de faire marcher le malade. Le nombre des remèdes locaux dont l'action utile a été reconnue est fort grand, et chacun a préconisé le sien : l'aloès, le bismuth, l'alcool pur, le coaltar, l'hydrastis, le carbonate de fer et cent autres ont été ainsi recommandés; tous agissent bien quand le malade reste au repos. Quand le malade se lève, aucun d'eux ne paraît donner une sécurité plus grande ni une guérison plus rapide, et le plus simple est le meilleur.

Du traitement consécutif

Une fois la guérison obtenue, quelqueait d'ailleurs été le procédé employé pour arriver à ce résultat, le malade reste exposé à des rechutes, parce que le derme ou plutôt la cicatrice, indépendamment de sa fragilité naturelle due souvent à des causes qui restent au-dessus des ressources de l'art, la cicatrice, dis-je, est recouverte d'un épiderme beaucoup trop délicat et trop mince.

M. le docteur Théry (1) insiste sur l'utilité qu'il y a alors à rendre l'épiderme plus résistant et plus épais.

Deux principaux moyens peuvent y conduire : l'acide picrique et la chaleur.

L'*acide picrique* s'emploie sous forme de badigeonnages ou de pansements humides mais non recouverts d'un taffetas gommé, afin que la dessication puisse être rapide. On emploie toujours une solution aqueuse saturée ; sous son influence, on voit l'épiderme rapidement proliférer, s'épaissir, donner des croûtes dures, sèches et abondantes.

Ce moyen très simple à employer peut être aidé dans son action par le *chauffage* répété du membre au moyen du calorique rayonnant d'une source de chaleur, par l'exposition au soleil et l'exposition à l'air. La cicatrice, sous l'influence de ces moyens, deviendra rapidement le siège d'une hyperproduction de croûtes cornées, et à la chute de ces croûtes, elle apparaîtra solide et durable.

Il est en outre toujours indiqué de mettre le malade à l'abri de toutes les causes traumatiques qui sont l'occasion ordinaire des rechûtes, de faire un traitement préventif en un mot. Il est donc bon, s'il y a des varices, que le malade soutienne le membre au moyen d'un bas élastique, et lors même que cette complication n'existe pas, qu'il protège la surface qui a été atteinte, par une couche d'ouate épaisse, renforcée à l'extérieur par un

(1) Thèse de Vaugrante (Paris, 1894).

corps dur, une sorte de bouclier formé soit par une lame de carton fort, de cuir bouilli, soit par une plaque métallique adaptée convenablement au membre et fixée par une bande roulée, des lacs et des agrafes, ou mieux par une guêtre.

OBSERVATIONS

L'ulcère de jambe est une affection tellement commune que les occasions ne manqueront jamais pour expérimenter un traitement destiné à la guérir. Il serait donc facile d'apporter à l'appui de ce qui précède un grand nombre d'observations, mais ce serait évidemment abuser, puisqu'elles se répéteraient toutes.

Parmi les assez nombreuses circonstances dans lesquelles ce traitement a été employé par nous, nous nous contenterons de rapporter avec quelques détails trois cas seulement, parce qu'ils résument les conditions différentes dans lesquelles se peuvent rencontrer les ulcères et qu'ils peuvent être considérés comme des types véritables.

L'observation suivante peut être considérée comme offrant un type net d'un ulcère commun de la jambe, de forme grave, avec ses complications les plus habituelles mais arrivées à un très haut degré.

OBSERVATION I

Madame X..., de Ch., fermière, âgée de 52 ans, a eu six enfants. De ses antécédents héréditaires nous ne savons qu'une chose : sa mère n'était pas très forte.

La malade une bonne santé habituelle, elle avait cependant des varices peu saillantes du reste, et des varicosités fines de la peau.

Elle présente à la jambe gauche un ulcère considérable.

Cet ulcère débuta quand la malade était âgée de 35 ans, comme un très grand nombre d'affections de ce genre, par une plaie accidentelle : un coup de pointe de faucille vint frapper le malléole interne du côté gauche et creva une veine dilatée et variqueuse ; naturellement la plaie fut négligée et mal pansée, aussi s'enflamma-t-elle.

Convenablement traitée par le repos et quelques moyens simples de propreté, elle aurait duré trois jours au plus. La cicatrisation ne se fit point, tout au contraire, la plaie se transforma en un ulcère suppurant et douloureux qui, depuis, n'a jamais guéri. D'abord de la largeur d'une pièce de 0 fr. 05, il s'est peu à peu étendu et aggravé : il est vrai que la malade ne lui a guère appliqué de soins convenables et surtout qu'elle ne s'est jamais décidée à se mettre au repos d'une manière complète, comme il eût été nécessaire. A plusieurs reprises, depuis ces 16 années, elle s'est arrêtée, a cessé de travailler, a même gardé le lit pendant quelques jours, lorsque les douleurs étaient trop violentes, puis, dès qu'elles avaient diminué, elle se relevait, reprenait vaille que vaille ses occupations fatigantes, faisant le ménage, préparant la nourriture, surveillant ses domestiques et ses ouvriers, et perdait ainsi très rapidement le bienfait des quelques jours de repos qui avaient précédé.

Différents traitements ont cependant été tentés : pansements plus ou moins bizarres, cataplasmes et feuilles de plantes diverses, mais ces divers moyens n'avaient amené aucun résul-

tat utile. Lorsque nous fûmes appelés à lui donner des soins, la malade se trouvait dans un état déplorable (19 novembre).

Un ulcère profond avait détruit, à la partie inférieure de la jambe la peau dans une étendue telle qu'il s'en fallait de 3 centimètres seulement qu'il fit le tour complet du membre. La hauteur verticale de la perte de substance était variable : de plus de 14 centimètres à la partie la plus étendue, elle descendait d'une manière irrégulière de 14 centimètres à 3 ou 4 seulement.

Les bords étaient durs, rouges, calleux. En dedans, le bord supérieur dépassait de plus d'un centimètre le niveau de la plaie qu'il surplombait formant en ce point une callosité énorme. Sur le pourtour, la peau du voisinage était rouge, dure, adhérente aux tissus sous jacents, absolument immobile. Le fond de la plaie était gris, sanieux, de mauvais aspect. Les linges dont elle était couverte étaient pénétrés d'une suppuration abondante. La malheureuse femme ressentait dans toute la jambe des douleurs extrêmement vives qui, malgré son énergie, la contraignaient à chaque instant de s'arrêter.

Quelque confiance que nous eussions dès ce moment en l'efficacité du traitement que nous comptions mettre en œuvre, nous avouons que nous hésitâmes un instant et doutâmes du succès, en présence de ce cas si grave et pour lequel, autrefois, plus d'un chirurgien n'aurait pas, sans doute, hésité à proposer le sacrifice du membre.

Nous commençâmes (25 novembre) par faire un nettoyage très complet, avec de l'eau bouillie et du savon, de tout le membre, pour le débarrasser de la couche de graisse, de croûtes épidermiques, de débris et d'impuretés de toutes sortes accumulés depuis longtemps. Nous lavâmes la plaie elle-même avec soin, mais sans cependant la déchirer par des frictions rudes, c'est-à-dire sans avoir la prétention de l'aseptiser complètement. Après une lotion savonneuse chaude, nous fîmes une lotion générale de toute la jambe avec une solution de sublimé au 1 millième et enlevâmes l'excès de liquide avec de l'ouate

hydrophile. Nous recouvrimés alors toute la vaste surface de la plaie d'une couche d'iodoforme, puis nous appliquâmes une feuille épaisse d'ouate hydrophile très douce. La plaie étant ainsi protégée, nous enveloppâmes tout le membre, depuis les orteils jusqu'au genou, d'une épaisse couche d'ouate, que nous fixâmes par une bande de tarlatane serrée, enfin nous terminâmes en donnant au pansement la solidité nécessaire au moyen d'une bande silicatée appliquée de manière à recouvrir le tout. La malade fut mise dans une position convenable pour la dessiccation de l'appareil.

Nous avions annoncé à cette femme qu'elle pourrait, malgré sa plaie, marcher un peu les jours suivants. Elle n'y manqua pas, se leva dès le lendemain, marcha facilement et put remplir ses fonctions ordinaires. Les douleurs se firent à peine sentir, puis diminuèrent et disparurent complètement les jours suivants.

Au bout du vingt-cinquième jour (19 décembre), nous procédâmes à l'ablation du bandage, la suppuration n'avait pas absolument cessé, mais elle avait été très modérée, et la quantité de pus qui fut trouvée sous le pansement, ne dépassait guère, pour vingt-cinq jours, la quantité totale qui aurait pu être fournie auparavant en 24 heures. L'apparence de la plaie était totalement modifiée : l'espèce de mur calleux qui limitait la plaie en haut et en dedans s'était abaissé de plus de moitié. La plaie avait un aspect satisfaisant, elle était presque sèche, offrait des bourgeons charnus petits, serrés, granuleux, de bonne nature, et sur les bords une cicatrice qui avait déjà réduit l'énorme plaie à moins de la moitié de son étendue primitive.

Une chose que la malade appréciait plus que tout le reste, c'est que la douleur avait tout à fait disparu.

Le bandage fut réappliqué de la même manière que précédemment, relevé au bout de vingt-cinq jours encore (12 janvier) cette fois la cicatrisation était presque entière, elle se compléta enfin tout à fait sous une troisième application.

Cette femme, après être restée guérie assez longtemps, est retombée, ce qui n'étonnera aucun de ceux qui savent avec quelle facilité se déchirent les cicatrices consécutives aux vastes ulcères, cicatrices qui sont bien loin d'avoir les caractères de la peau. Nous avons cependant recommandé avec soin à la malade guérie de porter en permanence autour du membre, une épaisse couche d'ouate et une jambièrè protectrice en cuir bouilli ou en fer blanc, pour éviter les heurts et les chocs accidentels, malheureusement les gens de la campagne ne savent guère prolonger les précautions qui les ennuiènt et dont ils ne comprennent pas suffisamment la nécessité.

La malade pourrait encore être guérie cette fois, mais il est évident que, pour rendre la cicatrice meilleure et moins fragile, il serait nécessaire de la renforcer, et le meilleur moyen serait sans doute de combiner avec l'application de la compression silicatée, des greffes épidermiques ou dermiques assez nombreuses, disséminées sur la surface de cette large plaie. On pourrait alors obtenir un résultat complet et définitif.

NOTA. — Un détail assez intéressant nous a été révélé par l'interrogatoire de cette malade : sa fille a été elle aussi atteinte d'ulcère de jambe, et cela à l'âge de 31 ans environ, il n'y a rien là qui puisse nous étonner, car si le traumatisme est *le plus souvent* nécessaire pour la production de l'ulcère, il ne suffit pas à le déterminer si le sujet n'est pas prédisposé ; or, nous avons vu que plus que toute autre cause, l'arthritisme est une prédisposition à l'ulcère, et quelle affection est plus héréditaire que l'arthritisme !

Le fait suivant se rapporte à un cas très différent, mais dans lequel le pansement proposé a néanmoins rendu un véritable et grand service.

OBSERVATION II

Monsieur X..., ancien professeur, âgé de 66 ans, d'une santé autrefois assez robuste a subi depuis plusieurs années des attaques de goutte qu'il a enrayées avec de la teinture de Cocheux, mais qui l'ont laissé très affaibli.

Chez ce malade, l'arthritisme, indiqué déjà par les attaques de goutte articulaire, était manifesté par les signes les plus certains et les plus évidents : Le crâne était dénudé, avec quelques rares cheveux sur les tempes. Le premier bruit du cœur un peu soufflant à la base, le deuxième bruit très renforcé à droite du sternum, la perte d'élasticité des artères radiales, qui, sans être absolument dures, n'avaient plus leur souplesse normale, indiquaient une artério-sclérose généralisée.

Du côté des jambes, pas de varices, mais la peau des deux côtés était indurée, serrée contre les os, un peu œdémateuse, rouge par places et couverte de pellicules épidermiques. Cette peau, autrefois atteinte d'eczéma, était évidemment disposée à ressentir d'une manière fâcheuse l'influence de toutes les circonstances étiologiques défavorables qui pourraient surgir.

C'est dans ces conditions qu'il éprouva l'année dernière un surmenage intellectuel très grand, par suite d'excès de travail et de préoccupations graves. On le jugea incapable de continuer la vie très active qu'il menait autrefois, et on l'engagea à prendre du repos.

Il s'y trouvait depuis peu de temps, quand il fut atteint, au mois de mars dernier, d'une diarrhée abondante, quelquefois même involontaire qui augmenta rapidement la débilité antérieure. Tout à coup, sous l'influence de ces causes dépressives générales, une bulle parut sur la jambe gauche qui avait, même avant d'être enflée, été le siège d'une éruption éczémateuse actuellement à l'état de desquamation sèche. Le lendemain, au lieu d'une bulle, il y en avait deux, bientôt trois, remplies d'une sérosité sanglante et noirâtre. Puis le derme fut

atteint dans sa nutrition, il se fit très rapidement une escharre de la taille d'une pièce de 5 francs, puis deux autres qui s'étendirent, se confondirent ensemble, de manière à laisser à la chute de l'escharre, une plaie large, sanieuse, de mauvaise nature, très douloureuse et sans aucune tendance à la guérison.

La diarrhée continuait, l'appétit disparaissait, les plaies étaient très douloureuses. Le malade un peu impatient et très agité, ne voulait et ne pouvait pas garder le lit, prétendait-il, car la pression sur le sacrum était très pénible, et une nouvelle excoriation menaçait de se produire de ce côté. Ce fut dans ces circonstances absolument défavorables et même inquiétantes, lorsque le pronostic pouvait, avec juste raison, être considéré comme grave, qu'on proposa le pansement de Desplats, comme un moyen de permettre au malade de marcher sans compromettre la guérison des plaies.

Il fut accepté avec empressement, et nous sommes porté à croire que le malade lui a dû son salut.

Inutile d'insister sur le « *modus faciendi* » qui fut le même que dans le cas précédent.

Le premier pansement fut fait le 5 mars. Lavage soigné à l'eau bouillie et au savon d'abord, puis au sublimé. On comble complètement les vastes échancrures laissées dans la peau par la chute des escharres, avec de l'aristol en poudre, afin d'éviter l'odeur désagréable de l'iodoforme.

On établit une forte couche d'ouate maintenue par une solide compression et une bande silicatée, en prévenant le malade qu'aucun pansement ne serait nécessaire avant vingt cinq jours. L'effet satisfaisant fut immédiat, le malade, qui se croyait perdu, reprit courage, parce que les douleurs diminuèrent presque aussitôt et parce qu'il put se lever comme il en avait le désir, sans exaspérer ses souffrances. La rougeur du sacrum cessa d'augmenter et disparut bientôt. L'amélioration du moral et la cessation des douleurs eurent sur la santé générale une influence favorable qui se traduisit bientôt par la cessation de la diarrhée. Les forces revinrent, mais, tout eu

passant la presque totalité de la journée hors de son lit, le malade ne put réellement marcher qu'au bout de 5 à 6 jours, la faiblesse ne le lui ayant pas permis auparavant. Enfin tout revint dans l'ordre.

Le 28 avril, le malade qui ne souffrait plus, était très impatient de constater l'état de sa jambe. Nous fendîmes en entier le bandage et l'enlevâmes avec précaution. La peau était salie par une suppuration qui était d'ailleurs peu abondante. En essuyant avec précaution au moyen d'un peu de coton hydrophile, nous constatâmes avec une vive satisfaction que deux des plaies étaient guéries, que la troisième diminuée dans ses dimensions était recouverte d'une couche granuleuse de bonne nature à bourgeons petits, serrés, rouges. Nous n'eûmes garde d'y toucher, mais nous la recouvrîmes de nouveau d'une épaisse couche d'Aristol, puis nous réappliquâmes le bandage avec lequel, sans s'arrêter un seul jour, le malade continua à se livrer à ses occupations.

Nous l'enlevâmes définitivement le 25 mai et constatâmes alors que tout était parfaitement cicatrisé sans que nous puissions dire précisément à quel jour du mois la plaie avait été entièrement fermée.

Nous conseillâmes de porter quelque temps encore, à titre de moyen protecteur, une épaisse couche d'ouate bien serrée.

La troisième observation que nous donnons ici nous a paru devoir être citée parce qu'elle présente le type d'une complication trop fréquente dans les affections qui nous occupent, affection qui gêne les malades et les exaspère parfois à tel point qu'ils s'en plaignent beaucoup plus que de la plaie ulcéreuse elle-même, cette complication c'est l'eczéma.

OBSERVATION III

M. B..., à R..., est âgé de 62 ans, il exerce le dur métier de manœuvre, métier que sa misère l'oblige à continuer à tout prix.

Ses antécédents héréditaires sont peu précis, toutefois, son père avait les veines des jambes volumineuses mais pas d'ulcère, sa mère est probablement morte de tuberculose, du reste, le malade qui nous occupe a perdu plusieurs enfants tuberculeux, il a eu lui même une fluxion de poitrine nous dit-il. A l'âge de 31 ans, M. B..., eut un abcès du coude et un abcès du pied gauche, ces abcès, ce dernier surtout, suppura longtemps, mais enfin la guérison fut obtenue et aucune récurrence ne nous a été signalée.

Mais à partir de cette époque, les deux jambes furent atteintes d'ulcères, la jambe gauche d'abord, puis la jambe droite ; cette lésion se compliqua d'une éruption éczémateuse sur tout le membre ainsi qu'en témoigne la coloration brune des téguments du membre. Le malade était alors ouvrier dans une mine de plomb argentifère voisine de Rennes et travaillait les jambes et les pieds continuellement immergés, cet état pénible dura 8 ans environ pendant lesquels les plaies s'ouvraient pour se guérir ensuite et se rouvrir de nouveau (1).

En somme, malgré les travaux les plus fatiguants, les plaies continuellement plongées dans l'eau guérissaient néanmoins assez facilement, en laissant de longs intervalles de répit à leur porteur. Celui-ci attribue aux substances tenues en dissolution dans l'eau, la facilité avec laquelle les ulcères se fermaient : les eaux extraites de la mine sont très chargées de sels de plomb et contiennent croyons-nous, également de très faibles quantités d'arsenic, il se pourrait en effet qu'elles aient exercé une action relativement favorable, ne serait-ce que

(1) Nous croyons inutile d'indiquer ici les traitements plus ou moins pittoresques que le malade applique à son ulcère, traitements entièrement étrangers à la pratique médicale ordinaire.

physiquement, n'était-ce pas là un procédé original sans doute, mais néanmoins fort actif de balnéation continue ?

Nous serions plus portés à attribuer la facilité avec laquelle se réparaient les tissus à l'âge peu avancé du malade et à sa vigueur.

Quant aux pittoresques traitements dont il a usé, nous renonçons à les décrire.

Vers l'âge de 45 ans, les ulcères toujours renaissants commencèrent à se réparer moins bien, enfin, quand nous le vîmes, ils duraient depuis de longs mois malgré un traitement par l'acide picrique suivi l'année dernière dans un hôpital, traitement qui avait eu des résultats heureux, mais trop peu durables.

Quand le malade se présenta à nous (27 avril), il portait à la jambe gauche, au-dessus de la malléole, à la partie antéro-interne, une ulcération, haute de 6 cent. 1/2 et d'une longueur de 4 cent. 1/2.

Sans doute, ce n'est pas là un ulcère bien vaste, mais toute la peau de la jambe en avant et sur les côtés, à partir de quatre travers de doigts au-dessous du genou, était envahie par un eczéma : la peau fine et violacée était excoriée en de nombreux points, ces points qui menaçaient de s'agrandir étaient très prurigineux, de petites squames se voyaient çà et là, et l'eczéma qui entourait l'ulcère favorisait évidemment son élargissement en contribuant à priver la peau voisine de sa résistance normale.

L'ulcère lui-même avait des bords peu élevés, presque de niveau avec l'ulcération qui présentait cependant une plus grande profondeur dans sa partie médiane, cet ulcère, croyons-nous, aurait certainement envahi toute la partie antérieure de la jambe avant peu s'il n'avait été soigné.

Le 27 avril, le pansement fut posé comme il a été déjà décrit plus haut, après lavage à l'eau savonneuse; rien à noter de spécial, sinon le manque d'antiseptique pour laver la plaie, et des conditions particulières de milieu qui ne nous permirent pas un seul instant de nous faire illusion sur l'asepsie du membre que nous aurions vainement cherché à obtenir.

Le malade assis sur une chaise laisse son appareil sécher en maintenant soigneusement son pied à angle droit avec la jambe.

Dès la nuit qui suivit l'application de l'appareil, les douleurs qui étaient pourtant assez violentes auparavant cessèrent, nous déclara le malade. Celui-ci se leva, et nous lui permîmes de retourner à son travail, (il était manoeuvre à cette époque).

La seule modification que le malade fit subir à l'appareil eût pour but de permettre les mouvements du coup de pied par une déchirure pratiquée à ce niveau dans la bande silicatée et l'enlèvement de la portion de cette dernière qui recouvrait le pied.

Au bout de vingt trois jours, le malade sans nous attendre enleva son pansement sous lequel il trouva un pus fort odorant et fétide mais peu abondant.

Il marche, se promène même pendant une journée et se rend à son travail pendant un jour à deux kilomètres de chez lui, travaille à des terrassements de 6 heures du matin à 7 heures du soir. Nous allons donc le voir dans le chantier même où nous le trouvons au travail, c'était le troisième jour après l'enlèvement de l'appareil.

La jambe entourée de bande et serrée dans une guêtre en toile étant mise à nu, nous sommes tout d'abord heureux de voir que malgré l'imprudence du malade, la surface jadis ulcérée est entièrement recouverte d'épiderme. On y distingue nettement deux zones dont nous avons pris le tracé décalqué sur la jambe elle-même grâce à un papier transparent : La zone périphérique est blanche et déjà épaisse et résistante, quand à la zone centrale, elle mesurée 1 cent. $\frac{3}{4}$ de largeur sur 2 cent. $\frac{1}{2}$ de hauteur et était recouverte d'une mince pellicule rouge et lisse. Un seul point en haut était saignant et en examinant les linges qui enveloppaient la jambe, nous nous aperçûmes que le malade en développant lui-même trop brusquement son membre malade avait arraché un petit triangle de la cicatrice en voie de formation correspondant à la partie saignante.

Quant à l'eczéma, on ne voyait plus trace des petites écorchures multiples qui couvraient la partie supérieure de la jambe, trois restaient visibles à la partie inférieure, encore ces trois écorchures étaient-elles comblées dès le jour suivant.

Le lendemain, très heureux d'avoir constaté la cicatrisation complète de toute la plaie, nous n'avons pas néanmoins voulu laisser le malade sans appareil exposé à une rechute certaine, étant donnés les durs travaux auxquels il est obligé de se livrer. Nous avons donc réappliqué un nouveau bandage qui confirmera et maintiendra la guérison.

CONCLUSIONS

I. — Les lésions profondes qui préparent et entretiennent l'ulcère des jambes en rendent le traitement difficile.

II. — Presque tous les pansements sont bons (à la condition qu'ils soient propres), avec le repos dans la position horizontale, mais cette position est difficile à conserver pendant un temps suffisant.

III. — La compression est la base du traitement toutes les fois que l'on veut obtenir la guérison *en permettant la marche*.

IV. — La plus simple, la plus facile, la plus économique et peut-être la plus efficace manière de faire bénéficier les malades de la compression est de soumettre la plaie au pansement ouaté et silicaté.

V. — Il est bon d'aider le traitement local par l'usage des moyens internes.

VI. — Certains ulcères absolument graves et rebelles exigent un traitement chirurgical.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TILLAUX.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Journal de Médecine de Bruxelles 1860. (Traitement par les applications d'eau froide).
- ANNANDALE. — (d'Edimbourg). Société médicale de Londres (11 février 1899).
- ARCHAMBAUD. — « De la ligature des saphènes dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux. » (Thèse, Paris, 1891).
- ASCORNET. — « Traitement des ulcères de jambes par les plaques métalliques et la compression ». (Thèse, Paris, 1895).
- AUBOUIN. — « Traitement des ulcères variqueux par le pansement de Unna ». (Thèse, Paris, 1897).
- BALLETTE DE MASSEUBE (Gers). — Journal de médecine et de chirurgie, 1887, p. 210.
- BAYNTON. — « Descriptive account of a new Method of treating old ulcers in the legs » (London 1797).
- BÉCARIEWITCH (de Moscou). — « Massage et bandage compressif ». Sem. Médicale, 1896, page XXXIV.
- BERGER. — « Autoplastie pour ulcères ». (Société de chirurgie, 4 juin 1890).
- « Autoplastie italienne ». (Soc. de Chir., 14 octobre 1890).
- « Transplantation de lambeau pour guérir les ulcères de jambes ». (Société de Chirurgie, 29 juillet 1891).
- BLANC. — « Traitement des ulcères par le sulfate de cuivre » (Thèse, Paris, 1888).
- BOUISSON (de Montpellier). — « De la ventilation des plaies et des ulcères ». (Académie des sciences, 1858).
- BOYER. — « Rapport au conseil des hôpitaux sur le traitement des ulcères au bureau central » (Paris, 1831).
- BOYER. — « Traitement des ulcères » (Académie des Sciences : 3 août 1840).
- BUTTE. — Annales de Policlinique de Paris, 1893.
- CALAIS. — « De l'airol, son emploi en thérapeutique surtout dans le traitement des ulcères variqueux » (Thèse, Paris, 1897).
- CERNÉ (de Rouen). — « Cure radicale des ulcères par ablation des varices ». (Société de chirurgie, 16 octobre 1890 et 25 novembre 1891).

- CHRISTOWITZ. — « Du traitement de l'ulcère simple de jambe à l'état actuel » (Thèse, Montpellier, 1890).
- COFFIN. — (Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1897).
- COLLEVILLE. — « Traitement des ulcères de jambes par la chaleur lumineuse ».
- COLLEVILLE. — (Semaine médicale 1997. p. 152).
- (Union médicale du Nord-Est 1897).
- COUDERC. — « L'opération de Trendelenburg » (résection de la saphène) (Thèse, Paris, 1898).
- CORDEBARD. — « Ulcère variqueux du membre inférieur, traitement par la ligature et la résection de la saphène ». (Thèse, Paris, 1893).
- CORNIL ET RANVIER. — Anatomie pathologique.
- DAWOSKY. — Belt's memorabilien. 1874, t. xix, 2.
- DEHAINE. — Société de thérapeutique de Paris, 1897.
- DEMARQUAY. — « De la glycérine et de ses applications à la chirurgie et à la médecine » (Revue thérapeutique, 1850).
- DIVER. — Société clinique de Londres, 25 mai 1894.
- DESMALINES (d'Anvers). — Archives Belges de Médecine militaire. 1862.
- ELDEN. — New-York médical journal, 1897.
- Annales de dermatologie, 1897.
- ERDINGER. — « Traitement des ulcères variqueux par le massage » (Thèse, Paris, 1893).
- FONTAINE. — « Notice sur l'ulcère simple des jambes et sur son traitement » (Thèse, Lille, 1880).
- FRAINOPT. — Annales de la société médicale de Liège. 1387.
- GAUVAIN. — « Etiologie des ulcères de jambes » (Thèse, Paris, 1884).
- GÉRARD. — « Pathogénie des ulcères variqueux » (Thèse, Paris. 1886).
- GOSSELIN. — Clinique de la Charité, 1877.
- GUNTHER (de Montreux). — Sem. médicale 1891, p. 38.
- HAGSPILL (de Dresde). — Deutsche klinick, 1860.
- HALLOPEAU. — « Altérations des cicatrices des ulcères variqueux » (Sem. Médicale, 1892 p. 165).

- HARDY. — Clinique de St Louis 1867. Journal de Médecine et chirurgie.
- HAUGHETON. — Revue thérapeutique, 1863, p. 293.
- ISAMBERT. — « Le chlorate de potasse, applications locales » Revue thérapeutique, 1856, p. 647.
- JONES. — « Traitement de l'ulcère par le coton » (Lancet, 1851). Medical Times 1852.
- KENT SPENDER. — (The Lancet). Revue thérapeutique, 1873, 656.
- KRISCH (de Breslau). — (Compression élastique de l'ulcère avec massage des bords). Sem. Med. CCXVIII (1893).
- KELLY. — (Perchlorure de fer à l'intérieur). American Monthly Journal, 1860.
- VON. LANGSDORFF (de Baden-Baden). — « Traitement des ulcères par le sublimé naissant ». Sem. Médicale 1897, p. 428.
- LAURENT. — « Traitement des ulcères et des plaies torpides par la chaleur lumineuse » (Thèse, Paris, 1897).
- LECOQ. — « Traitement des plaies et ulcères par les greffes animales et en particulier les greffes de peau de grenouilles » (Thèse, Paris, 1896).
- LEMAIRE. — « Application du Coaltar saponiné au pansement des ulcères » (Revue thérapeutique, 1861, p. 33).
- MARFAN. — (Thérapeutique contemporaine 1885).
- MAREUSE (Julien). — « Traitement des ulcères par la liqueur de Burrow » (Revue internationale de thérapeutique, 1898).
- MARQUANT. — « De l'influence de l'effluviation sur la marche des ulcères chroniques et particulièrement des ulcères variqueux » (thèse, Lille, 1894).
- MARTIN LAUZER. — Revue thérapeutique, 1874, p. 318. Revue thérapeutique, 1879.
- MAYOR (de Lausanne) et ROUX. — « Compression ouatée » Bulletin de thérapeutique, 15 novembre 1834.
- METTENHEIMER. — (de Schworien) « bains locaux prolongés » Beltz's memorabilien, 1867.
- MEYERHOFF. — Philosophic Medical Times 1881.
- MITSCHELL (de Lancaster). — The Lancet 1863 « sous carbonate de fer dans le pansement des plaies ulcéreuses. »
- OSIEKI (de Meaux). — Journ. de Médéc. et de chirurgie pratique, 1893, p. 833.

- QUÉNU. — Revue de chirurgie, novembre, 1882 « pathogénie des ulcères variqueux ».
- RIGAULT. — Thèse d'agrégation de Paris.
- REBOUL (de Marseille). — Semaine Médicale, 1893, p. xii.
- REMY. (de Paris) — Thèse, 1892 « résection des veines variqueuses ».
- SAPPEY. — Thèse d'agrégation de Paris.
- SEXTIN. — « Méthode amovo inamovible » (compression ouatée) Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1850 t. II, p. 175.
- STEPANOW (de St Pétersbourg). — « Traitement des ulcères par la chaleur » Semaine Médicale, 1891. CLXX.
- TAITH (John). — Medical Times, 1852.
- TENNESON. — « Greffe dermo-épidermique dans le traitement des ulcères de la jambe » (Société de dermatologie et syphilographie, 12 mars 1896).
- TERRIER. — Clinique 1875 (Revue thérapeutique médico-chirurgicale, 1875, p. 148).
- THIERRY. — « Des greffes cutanées, leur emploi dans le traitement de l'ulcère trophique » (thèse, Paris 1889).
- TRASTOUR. — « Emploi de l'iode de potassium à l'intérieur » (Journal de la Société académique de la Loire-Inférieure, 1859).
- TRUBEL. — « Contribution à l'étude de la cure des ulcères variqueux » (thèse, Paris, 1890).
- UNSA. — « Traitement par la gélatine zinguée » (nouveaux remèdes, 1894). « Traitement de l'ulcère de jambe » (Semaine médicale, 1890. CVI) Presse médicale, 1867.
- UYTENDHOVEN (de Bruxelles). — Journ. Méd. de Bruxelles, 1854.
- VAISSIER. — « Traitement des ulcères de jambes par la liqueur de Labarraque » (thèse, Paris 1897).
- VANMLERBECK. — « Traitement de l'ulcère par la compression au sparadrap au minium » annales de la Soc. Méd. d'Anvers, 1840).
- VANTHOF (de Liège). — « Traitement des ulcères de jambes » (journal d'accouchement, 1894).
- VAUGRANTE. — « Traitement des ulcères de jambes » 1894, in-octavo, chez Jouve.

VANNIER. — Mémoire sur les varices des membres inférieurs (cliniques de la Pitié, 1875 (Revue de thérapeutique, 1875, p. 124).

WIDAL. — « Conférences cliniques » 1882.

WINKELMANN. — Pansement avec la liq. de Burrow et collodion iodé (1^{re} série) Journal de Med. et de chirurg. pratiques, 1884, p. 179.

WOLKMAN (de Halle). — Archives für Klinische chir., 1864.

ZARTARIAN. — (Thèse, Paris, 1882).

Il faudrait également citer tous les traités généraux de chirurgie publiés en ce siècle et qui tous ont consacré aux ulcères une étude sérieuse et justifiée, citons en particulier les traités de Boyer, Nelaton, Vidal (de Cassis), Föllin, Duplay, Kirmisson, Reclus, Bouilly, Peyrot., l'encyclopédie internationale de Chirurgie.

Tous les journaux de médecine ont aussi consacré à cette étude et spécialement au traitement des ulcères variqueux de très nombreux articles qu'il serait trop long d'énumérer. Il faut cependant mentionner spécialement le compte rendu de la Société de Chirurgie qui s'est occupée dans plusieurs de ses réunions des opérations que nécessite cette cruelle affection.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
